

587

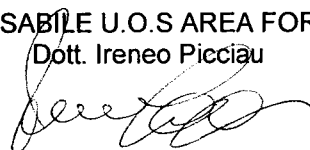
24 MAG. 2016

Allegato "D"

Approvazione Progetto Formativo Aziendale ***"Gestione terapia antibiotica in UTI"***

Il presente allegato è composto
di n. 6 fogli, di n. 6 pagine

IL RESPONSABILE U.O.S AREA FORMAZIONE
Dott. Ireneo Picciau



Indicazione di scelta del Docente o Codocente e dichiarazione assenza di conflitto di interessi

(Ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci)

Io sottoscritto ANTONIO GAVINO SCARPA Responsabile/Direttore della Struttura
ANESTESIA / RIANIMAZIONE UTI

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

GESTIONE TERAPIA ANTIBIOTICA IN UTI

di prossima programmazione,

1) indico quale docente/codocente dell'attività formativa in questione

il Sig./Dr. SILVERIO PIRO


IL DR. GIOFFREDO ANGIONI

di cui ho acquisito e stimato apposito curriculum professionale nel sito aziendale e valutato il preventivo di spesa (allegato) e ritengo che la scelta effettuata, nel rispetto delle Linee Guida Regionali recepite da questa Azienda con deliberazione n°139 del 30.01.2013 e sulla base degli elementi in mio possesso, sia tra le più adeguate fra quelle possibili sul piano scientifico, didattico e in termini di congruità tra prestazioni offerte e costi.

2) Dichiaro che, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione e in materia di codice di comportamento, in merito a tale indicazione di scelta **non sussistono** da parte mia **conflitti di interesse**.

Data,

Firma e timbro

 **ASL Cagliari**
P.C.S. TRANITA
U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE
RESPONSABILE F.F.
Dott. Gavino Antonio Scarpa

**Indicazione di scelta del docente
e dichiarazione assenza di conflitto di interessi**

(Ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci)

Io sottoscritto ANTONIO GAVINO SCARPA Responsabile/Direttore della Struttura
ANESTESIA/RIANIMAZIONE SS77

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

" GESTIONE TERAPIA ANTIBIOTICA IN UTI "

di prossima programmazione,

1) indico quale docente dell'attività formativa in questione

il Sig./Dr. scs

ADRIANA PIRAS

di cui ho acquisito e stimato il curriculum professionale nel sito aziendale e ritengo che la scelta effettuata, nel rispetto delle Linee Guida Regionali recepite da questa Azienda con deliberazione n°139 del 30.01.2013 e sulla base degli elementi in mio possesso, sia tra le più adeguate fra quelle possibili sul piano scientifico, didattico. Detta scelta non determina costi per l'Azienda in quanto la docenza sarà svolta a titolo gratuito.

2) Dichiaro che, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione e in materia di codice di comportamento, in merito a tale indicazione di scelta **non sussistono** da parte mia **conflitti di interesse**.

Data, 09/05/16

Firma e timbro

ASLCagliari
P.O. SS. TRINITA'
U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE
RESPONSABILE F.F.
Dott. Gavino Antonio Scarpa
Matr. 48702

Dichiarazione

**Accettazione incarico di Docente/Codocente
e assenza di conflitti d'interesse**

(ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali per il caso di dichiarazioni mendaci)

Io sottoscritto Dr. S. PIRO nominato in qualità di

~~Docente/Codocente~~ per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

di prossima programmazione

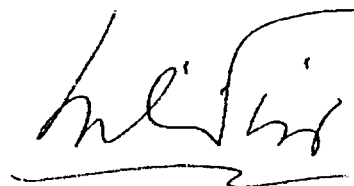
dichiaro

di accettare l'incarico in questione, per il quale non sussistono da parte mia conflitti di interesse o motivi di incompatibilità, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione.

Data,

11/4/18

Firma



Dichiarazione

Accettazione incarico di Docente/Codocente e assenza di conflitti d'interesse

(ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali per il caso di dichiarazioni mendaci)

Io sottoscritto GOFFREDO ANGLIONI nominato in qualità di

Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

ANTIBIOTICOTERAPIA IN UTI

di prossima programmazione

dichiaro

di accettare l'incarico in questione, per il quale non sussistono da parte mia conflitti di interesse o motivi di incompatibilità, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione.



Data, 27/04/2016

Firma



Dichiarazione

Accettazione incarico di Docente/Codocente e assenza di conflitti d'interesse

(ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali per il caso di dichiarazioni mendaci)

Io sottoscritto ADRIANA PIRAS nominato in qualità di

Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

GESTIONE TERAPIA ANTIBIOTICA IN UTI

di prossima programmazione

dichiaro

di accettare l'incarico in questione, per il quale non sussistono da parte mia conflitti di interesse o motivi di incompatibilità, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione.



Data, 03/05/16

Firma

